

THÈSE

620

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 19 juillet 1900, à 1 heure

PAR

Jules DESVAUX

Né à Rouen (Seine-Inférieure), le 28 décembre 1874.

Ancien externe des Hôpitaux de Paris et des Maternités
de Tenon et de l'Hôtel-Dieu

Médaille de bronze de l'Assistance publique

DE LA

PROCIDENCE DU CORDON

ET DE SES RAPPORTS

AVEC LES RÉTRÉCISSEMENTS PELVIENS

Président : M. BUDIN, Professeur.

NÉLATON, Professeur.

Juges : MM.

THIÉRY, Agrégé.

WALLICH, Agrégé.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical*

IMPRIMERIE DES THÈSES

DE LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

OLLIER-HENRY

11 ET 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
PARIS

1900



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

N°

THÈSE

620

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 19 juillet 1900, à 1 heure

PAR

Jules DESVAUX

Né à Rouen (Seine-Inférieure), le 28 décembre 1874.

Ancien externe des Hôpitaux de Paris et des Maternités
de Tenon et de l'Hôtel-Dieu

Médaille de bronze de l'Assistance publique

DE LA

PROCIDENCE DU CORDON

ET DE SES RAPPORTS

AVEC LES RÉTRÉCISSEMENTS PELVIENS

Président : M. BUDIN, Professeur.

*Juges : MM. { NÉLATON, Professeur.
THIÈRY, Agrégé.
WALLICH, Agrégé.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical*

IMPRIMERIE DES THÈSES

DE LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

OLLIER-HENRY

11 ET 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

PARIS

1900



UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

PROFESSEURS		MM.
Anatomie		FARABEUF
Physiologie		CH. RICHEL
Physique médicale		GARIEL
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutiques générales		BOUCHARD
Pathologie médicale	}	HUTINEL
		DEBOVE
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		CORNIL
Histologie		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils		TERRIER
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET
Thérapeutique		LANDOUZY
Hygiène		PROUST
Médecine légale		BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BRISAUD
Pathologie expérimentale et comparée		CHANTEMESSE
		POTAIN
Clinique médicale	}	JACCOUD
		HAYEM
		DIEULAFOY
Maladies de enfants		GRANCHER
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		FOURNIER
Clinique des maladies du système nerveux		RAYMOND
		BERGER
Clinique chirurgicale	}	DUPLAY
		LEDENTU
		TILLAX
Clinique ophtalmologique		PANAS
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON
Clinique d'accouchement	}	BUDIN
		PINARD

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIERY
ALBARRAN	DUPRE	LEPAGE	THIROLOIX
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA Auguste	GILLES DE LA	MÉNÉTRIÉR	VARNIER
BROCA André	TOURETTE	MERY	WALLICH
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WALTER
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	WURTZ
	LEGUEU		

Chef des Travaux anatomiques..... M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE. A MA MÈRE

Je dédie ce travail qui marque la fin de mes études, comme l'hommage de mon inaltérable reconnaissance pour l'affection qu'ils m'ont toujours témoignée, et qui m'a sans cesse encouragé et soutenu pendant mes longues années d'étude.

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. BUDIN

Professeur de clinique obstétricale,
Membre de l'Académie de médecine
Chevalier de la Légion d'honneur.

De la Procidence du Cordon ombilical
ET DE
ses rapports avec les Rétrécissements du Bassin

CHAPITRE PREMIER

Introduction

Etant externe de M. le D^r Champetier de Ribes en 1897, à la Maternité de Tenon nous eûmes l'occasion d'assister à quelques cas de procidence du cordon chez des parturientes qui présentaient un rétrécissement du bassin plus ou moins accusé. Une relation nous semblait de prime abord évidente entre l'angustie pelvienne, empêchant l'accomodation, favorisant les présentations vicieuses, laissant libre au-dessous d'elles l'excavation insuffisante pour les contenir et la chute du cordon ombilical au devant de ces présentations pendant le travail, lors des contractions utérines et principalement de la rupture des membranes.

Nous fûmes amenés tout naturellement, intéres-

sés par ces cas si sérieux quant au pronostic, et si difficiles quant au traitement, à rechercher dans la littérature obstétricale les travaux antérieurs publiés sur ce sujet. Or une seule chose nous surprit, c'est que nombre d'accoucheurs, tout en reconnaissant l'influence d'une foule de causes classiques, bien connues, dans le mécanisme de la procidence, telles qu'hydramnios, fœtus trop petit, bassin trop grand, etc., ne font pas mention de l'influence du rétrécissement du bassin. Un plus grand nombre tout en lui accordant une part de responsabilité, se gardent de lui attacher une grande importance. Convaincu au contraire, avec Litzmann que le rétrécissement du bassin est le facteur le plus important de la procidence et par le raisonnement simple et par la comparaison des observations multiples que nous avons pu compiler, nous avons consacré notre thèse inaugurale, à l'exposé et à la défense de cette opinion.

Mais avant d'entrer davantage dans le corps de notre sujet, il nous reste à remplir un devoir que l'usage a consacré et qui pour nous est une véritable satisfaction. Nous voulons, au terme de nos études, en présentant à nos juges ce travail modeste, dernier gage exigé de nous avant d'affronter la pratique médicale, remercier les maîtres bienveillants qui, par leur leçons cliniques et théoriques, nous ont appris tout ce que nous savons et nous ont transmis les principes de l'art médical.

Nos Professeurs de l'Ecole de Médecine de Rouen ont droit à notre reconnaissance. Nous avons eu la bonne fortune, dès le début de nos études, d'être initié à la pratique la plus rigoureuse de l'antisepsie dans le beau service de M. le Professeur François Hue à l'Hospice général de Rouen. Après nous avoir fait l'honneur de nous agréer comme externe, notre excellent maître nous a appris à connaître et à aimer la chirurgie honnête et consciencieuse, en même temps que hardie et bienfaisante.

A M. le Professeur Olivier, et à M. le Docteur Petitclerc, dont nous avons été également l'élève, et qui ont toujours été pour nous des maîtres pleins de sollicitude, nous adressons ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

Dès notre arrivée à Paris, nous avons eu le privilège d'être admis dans le service de M. le Docteur agrégé Hanot, à l'Hôpital Saint-Antoine. Nous adressons à la mémoire de notre regretté maître nos souvenirs respectueux.

A M. le Docteur A. Chipault nous devons nos connaissances en chirurgie nerveuse. Qu'il nous permette de le remercier ici de son précieux enseignement et de sa parfaite aménité.

Que M. le Professeur Raymond, M. le Docteur Falret qui ont toujours été pour nous des maîtres pleins de bienveillance et souvent des amis précieux

reçoivent ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

Nous adressons nos vifs remerciements à M. le Docteur Glaize qui nous a beaucoup aidé dans la rédaction de ce travail.

Qu'il nous soit enfin permis de remercier ici tout particulièrement M. le Docteur Champetier de Ribes. C'est dans son service des maternités de Tenon et de l'Hôtel-Dieu que nous avons appris à connaître et à aimer l'art si délicat et si complexe des accouchements.

M. le Professeur Budin veut bien nous faire l'honneur de présider notre thèse. Nous sentons tout le prix d'une telle faveur et lui adressons ici l'hommage de notre respectueuse gratitude et de notre entier dévouement.



CHAPITRE II

Définition, Historique.

« La procidence du cordon ombilical, dit Tarnier, est l'engagement de ce cordon au-dessous ou à côté de la partie fœtale qui se présente la première pour descendre dans le petit bassin. »

« C'est, dit Ribemont-Dessaignes, la descente d'une anse de cordon en avant ou sur les côtés de la présentation » définition à peu près identique à la première. On a aussi donné à ce phénomène le nom de prolapsus. Quand les membranes sont intactes, et qu'à travers ces membranes on sent flotter l'anse du cordon, descendue dans la poche des eaux, en avant de la présentation, on dit qu'il y a procubitus du cordon; certains auteurs ont voulu même appeler cet accident « présentation du cordon », terme qui a disparu comme ceux de présentation de la main, et

du pied, dans les cas de procidences de ces petits membres.

Enfin M. Tarnier et M. Budin ont insisté sur une série de faits où le cordon, sans descendre en avant de la présentation, s'était glissé entre la présentation et les parois du bassin, où étant pincé lors des contractions utérines, il ne traduisait sa présence anormale que par les signes de souffrance du fœtus et non par le toucher ni la vue. Ces auteurs ont appliqué le nom de latérocidence à cette descente incomplète du cordon

La question de la procidence du cordon est trop générale et vaste d'une part, trop étudiée d'autre part, pour que nous formions le projet de la reprendre dans ce modeste travail. Seul, le point particulier que nous voulons mettre en lumière, c'est-à-dire le rapport entre la procidence et la viciation du Bassin doit nous occuper.

Mauriceau, M^{me} Lachapelle, dans son grand mémoire de 1821 font déjà mention de cet accident survenant au cours d'accouchements laborieux chez des femmes trop étroites.

Schuré, dans sa remarquable thèse de 1835, où il distingue le procubitus et le prolapsus, en dit quelques mots.

Jacquemier, dans son Manuel d'Accouchements, en 1846, signale, sans insister, la procidence du cordon et des membres comme une complication né-

faute pour l'enfant, arrêté au détroit supérieur d'un bassin vicié rachitique.

Tarnier, dans l'article cordon, du Dictionnaire de Jaccoud (édition de 1868), après avoir énuméré les divers facteurs de la procidence, cite en dernier lieu les vices de conformation du Bassin.

Depaul, dans ses cliniques obstétricales de 1872. revient sur ce point.

Braxton Hicks, dans son article sur la Réduction du cordon prolapsé, en 1873, et Matthews Duncan, dans son travail sur l'Expression du cordon, de février 1879, n'en parlent guère.

M. le Professeur Budin, dans son travail sur « les lésions traumatiques chez les femmes enceintes au cours des accouchements artificiels », signale comme complication au cours du travail provoqué dans les bassins rétrécis, la procidence ou le procubitus du cordon.

Il revient d'ailleurs sur cette question dans son article sur la latérocidence du cordon (Femmes en couches et nouveaux nés), où il reconnaît d'ailleurs que la latérocidence se produit surtout quand la tête est engagée, mais que parfois elle peut avoir lieu la tête étant arrêtée au détroit supérieur, mais dans ces cas pour se transformer bien vite en véritable procidence.

Dans les observations citées par M. le Professeur agrégé Maygrier, en 1887, Deux cas de procidence du

cordon ombilical survenus en dehors du travail), et par Jamm, dans sa thèse de Lyon, en 1896, les bassins étaient tous normaux, mais ces auteurs signalent la possibilité de la procidence dans des bassins rétrécis et conseillent la position genu pectorale comme la meilleure pour opérer la réduction du cordon prolabé.

Enfin, Gallois, dans les nouvelles archives d'Obstétrique, en 1894, et Triaire, dans son article de la Gazette médicale du Centre, en 1897, ne parlent guère du rôle des viciations pelviennes. Litzmann, en revanche, soutient que la procidence est 4 à 6 fois plus fréquente dans les Bassins Rétrécis que dans les Normaux.

Bref, peu d'auteurs, jusqu'à ce jour, à part M. Tarnier et son élève, M. le Professeur Budin, ont attaché une grande importance à cette cause dont nous voulons établir la valeur, tout en la reconnaissant, il est vrai.

Et cependant que d'accoucheurs, Arnaud Puzos, Solingin, Plinck, Røederer, de la Motte, Smellie Baudelocque, Michaelis, Hopkins, Hubert de Louvain, Dudan, Schöller, pour en nommer quelques-uns, se sont occupés de cette importante question de la procidence du cordon.

CHAPITRE III

Pathogénie

Le cordon ombilical, tige molle, flexible, flottant au sein du liquide amniotique pourrait facilement se glisser dans n'importe quelle direction ; occuper n'importe quelle partie de l'œuf, mais principalement les parties déclives en vertu de la pesanteur. Ordinairement il est pelotonné sur le plan ventral du fœtus entre les petits membres repliés, quelquefois il s'enroule sous forme de circulaires lâches ou serrés autour du cou, des membres ou même du tronc. Parfois même on l'a vu s'enrouler sur lui-même et former des nœuds. En vertu de cette flexibilité, on pourrait s'étonner que la procidence ne soit pas la règle au lieu d'être l'accident, (1 cas sur 53 d'après Hubert Louvain, 1/381 d'après M^m La Chapelle), il semblerait que presque toujours le paquet formé par le cordon

dut descendre dans l'excavation. Heureusement la contractilité utérine et l'adaptation des parois de l'organe gestateur aux parties fœtales sont là pour empêcher l'accident. Le segment inférieur, fait remarquer Tarnier et la plupart des auteurs sont d'accord là-dessus, se moule sur la présentation quand elle s'engage, il s'y adapte intimement surtout quand elle offre les caractères de régularité du sommet. Aussi ne permet-il pas d'ordinaire au cordon ni aux petits membres de se glisser entre cette présentation régulière, bien engagée, et les parois du bassin.

Mais supposons qu'une cause quelconque empêche l'engagement de la présentation et l'adaptation de celle-ci au segment inférieur et aux parois du bassin, un espace libre s'offrira pour livrer passage aux procidences et sous l'influence des contractions utérines pendant le travail ou du flux produit par le courant du liquide amniotique lors de la rupture de l'œuf, cordon ou petits membres et souvent les deux s'échapperont facilement au devant de la présentation.

On comprend dès lors sans peine l'influence des causes classiques invoquées par les auteurs : l'excès de liquide amniotique qui en s'échappant produit un violent courant entraînant le cordon au-devant du fœtus mobile, les présentations vicieuses qui s'engagent mal et s'adaptent irrégulièrement aux parois du bassin, comme le siège, la face, l'épaule surtout, le petit volume du fœtus dont la tête ne peut remplir le

bassin et admet à côté d'elle tout ce qui veut y descendre, et vice-versa le trop grand volume du bassin.

Si le cordon a une longueur anormale, s'il est inséré tout près du segment inférieur, sur un placenta *prævià*, par exemple, il aura encore plus de facilité à fuir en avant de la présentation.

D'après ces données, il saute aux yeux que le rétrécissement du bassin, qui empêche l'engagement de la présentation, aussi bien sommet que siège ou épaule et qui laisse vide le segment inférieur doit favoriser la chute du cordon.

Parfois la tête, par exemple, s'amorce et ferme le détroit supérieur, mais elle le ferme mal, et le cordon glisse entre elle et les lignes innominées, au niveau des symphises sacro-iliaques, là où se produisent le plus souvent les procidences.

D'autre fois la présentation quelque'elle soit est transversale où elle fuit d'une fosse iliaque dans l'autre et dans l'intervalle de deux contractions le cordon descend dans la poche des eaux, le procubitus est constitué.

Vienne une contraction violente, la poche des eaux fortement tendue se rompt et le cordon, les petits membres, tout ce qui se trouve libre au détroit supérieur rétréci, et qui peut y passer facilement, s'échappe au dehors, la procidence est constituée.

D'autres fois encore, mais plus rarement, le bas-

sin est asymétrique et longtemps la tête fœtale cherche à s'accomoder par la flexion ou la déflexion.

Enfin elle réussit à s'introduire dans la partie la plus large du bassin en substituant un niveau du diamètre promonto pubien minimum rétréci, son diamètre bitemporal, à son diamètre bipariétal ; mais le cordon trouve place à côté de la tête dans l'excavation asymétrique et une latérocidence souvent méconnue est constituée.

Ainsi et toutes nos observations le prouvent, dans le rétrécissement du bassin, qu'il soit rachitique, coxalgique, ostéomalacique, que ce soit une tumeur même qui ferme l'aire du détroit supérieur, la présentation ne peut s'engager, mais des parties plus petites qu'elle comme le cordon ombilical peuvent venir occuper sa place dans l'excavation sous l'influence des contractions utérines, au moment de la rupture des membranes. C'est « l'expression du cordon » si bien décrite par Matthews Duncan.

Il est certain que les présentations vicieuses favorisent la procidence du cordon, nous en avons même dit le pourquoi. Mais ne sait-on pas que le rétrécissement du bassin est une des principales causes des présentations vicieuses ! Et comme dans tout effet on doit remonter à la source première, c'est bien le rétrécissement du bassin qui, dans les cas de procidence du cordon avec présentation de l'épaule, du siège ou

de la face, a déterminé la procidence, par là même qu'il a favorisé la présentation vicieuse.

D'ailleurs sur 24 observations que nous rapportons, nous trouvons 4 sièges, 5 épaules et 15 sommets en droite ou gauche transverses.

La grande prédominance des présentations du sommet prouve à notre avis que dans tous ces faits, c'est bien le rétrécissement pelvien et non la présentation vicieuse qui a été cause de la procidence.

Deux causes accessoires sont à signaler dans le mécanisme qui nous occupe : la longueur du cordon déjà maintes fois signalée par les auteurs et la procidence concomittante d'un petit membre.

Sur le total de nos 25 observations, nous trouvons douze fois, c'est-à-dire dans une proportion de 50 0/0 le cordon plus long que la normale ; et cette longueur exagérée varie de 90 cm. (observation 21) à 54 cm., étant le plus fréquemment de 70 cm. à 65 cm. D'autre part dans les 5 cas où la procidence a été constituée avec une présentation de l'épaule on trouve le cordon plus petit qu'à l'état normal 36 cm. à 45 cm.

Dans les observations V et VII (sièges) un pied procident favorisa l'issue du cordon.

Dans l'observation XII (épaule) ce fut une main qui joua le même rôle.

Mais dans tout ceci, nous l'avons dit en commençant, nous ne voulons voir que des causes accessoires ; la cause première a été le rétrécissement pelvien qui

fut cause à la fois de la présentation vicieuse, de la procidence du petit membre, enfin de celle du cordon.

Au reste la lecture des observations qui vont suivre convaincra mieux que tout raisonnement.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

Observation I

(Clinique Tarnier)

(OIGT, bassin rétréci, procidence du cordon, version podalique)

La nommée H..., âgée de 30 ans, ménagère, entre à la Clinique le 6 avril 1899. Son père est mort à l'âge de 55 ans, probablement de tuberculose pulmonaire, sa mère, son frère et ses sœurs sont bien portants. Elle ne se rappelle pas avoir jamais été malade. Age de la marche inconnu. Réglée à 18 ans, les premières règles ont été pénibles ; pendant 6 mois elle a souffert du ventre, puis a été six mois sans voir ses époques reparaitre. Puis les règles se sont installées définitivement et normalement.

1^{re} grossesse à 19 ans ; accouchement à la cli-

nique Tarnier d'un enfant vivant L'accouchement a été spontané, rien d'anormal à signaler.

2^e grossesse également normale.

En novembre 1891, avortement de 3 mois 1/2.

4^e grossesse, accouchement à terme d'un enfant qui meurt à 23 mois.

5^e grossesse, avortement de 2 mois 1/2.

6^e grossesse, avortement de 2 mois.

7^e grossesse, accouchement normal à terme.

8^e grossesse, avortement de 2 mois.

Enfin 9^e grossesse (actuelle) avril 1890. En résumé, 4 enfants venus à terme, et 4 fausses couches que rien ne peut expliquer.

Grossesse actuelle. — Dernières règles 29 juin 1893. Gastralgie, un peu d'albumine dans les urines pendant toute la grossesse. A senti remuer à 5 mois 1/2.

A l'examen, dès l'entrée, on constate que les parties latérales du bassin et le promontoire du sacrum sont accessibles. La tête fœtale en OIGT est mobile.

Bartholinite. Urine normale. — Les premières douleurs se manifestent le 6 avril à 4 h. du soir et à 11 h. du soir la malade est descendue à la salle de travail. Au moment où elle entre dans la salle pour être examinée, les membranes se rompent spontanément; une assez grande quantité de liquide s'écoule, on place aussitôt la malade sur son lit et on l'examine. On trouve le cordon dans le vagin, on ne perçoit aucun battement; la tête est élevée en OIGT; le col dilaté de 2 cent.

A l'auscultation, M. Perret croit entendre quelques rares battements du cœur fœtal; il fait immédiatement mettre la femme en travers du lit dans la

position obstétricale, et pendant qu'on lui donne du chloroforme, il fait une injection vaginale et une toilette vulvaire. Le cordon sort du vagin et pend au dehors d'une longueur de 20 cent.

M. Perret introduit la main gauche dans le vagin, puis dans le col qu'il dilate peu à peu avec les doigts. Cette dilatation se fait assez facilement. La main est alors introduite jusqu'au fond de l'utérus ; le pied droit, c'est-à-dire le pied antérieur est saisi. Des tractions sont opérées sur ce pied, pendant que l'autre main essaie de faire remonter la tête.

L'évolution est assez facile et le pied amené à la vulve. Tractions sur ce pied, dégagement du pied postérieur. L'extraction du tronc ne présente aucune difficulté, le dégagement des bras est un peu pénible à cause de la hauteur des épaules. Manœuvre de Champotier de Ribes : le fœtus placé à cheval sur l'avant-bras droit, deux doigts de la main gauche à cheval sur les épaules, tractions sur le maxillaire inférieur pendant qu'un aide fait un peu d'expression. La tête descend dans l'excavation et est ensuite dégagée facilement. Terminaison à minuit. Le fœtus naît en état de mort apparente, on sectionne aussitôt le cordon, on retire les mucosités qui encombrent la trachée, on insuffle l'enfant ; peu à peu les battements du cœur à peine perceptibles au début deviennent plus réguliers, mieux frappés, et l'enfant fait bientôt une inspiration spontanée, la respiration s'établit progressivement, mais l'enfant ne crie pas. Bains alternativement chauds et froids, frictions à l'alcool.

L'enfant mis enfin en couveuse ;

Poids de l'enfant ; 2.950 grammes ;

Longueur : 49 centimètres ;

Longueur du cordon ; 75 centimètres ;

Poids du placenta ; 500 grammes ;

Diamètres de la tête ; O. M. = 12 cent. 1 : O. F.
= 11 cent. ; S o B. = 9 cent. ; B. P. = 9 cent. 2 ;
B. T. = 8 cent.

Observation II

(Bassin rétréci O I G A. Procidence du cordon,
version podalique)

La parturiente, I pare, la nommée H. L. âgée de 25 ans, entre à la salle du travail le 31 décembre 1898 à 2 h. 45 du soir, venant de chez elle, ayant des douleurs depuis minuit. Son père et sa mère sont morts, le premier de méningite à 39 ans, la deuxième de tuberculose pulmonaire à 45. Nourrie au sein jusqu'à 11 mois, a marché à un an, elle n'a fait aucune maladie grave dans son enfance. Premières règles à 17 ans, irrégulières pendant deux ans, puis se sont régulisées, durent en général 6 jours, assez douloureuses. Beaucoup de pertes blanches depuis l'apparition des règles.

La femme est grande, semble bien constituée, poumons et cœur normaux. T. = 36°8, pouls = 80. Bassin rétréci, promontoire accessible.

Grossesse actuelle (I pare) D. R., 27 mars au 1^{er} avril 1898. Lipothymies à la fin des repas dans les

premiers mois. Anorexie, pas de vomissements. Pendant toute la grossesse, elle a éprouvé des douleurs assez intenses dans l'articulation coxo-femorale droite, douleurs s'exacerbant dans la station verticale. Les premiers mouvements actifs sont perçus au commencement de septembre.

Accouchement. — Entrée à la salle le 31 décembre 1898 à 2 h. 45 du soir, on constate une présentation du sommet en O I G A.

Les battements du cœur fœtal sont bons. On les perçoit maxima à 15 centimètres à gauche de la ligne ombilicale sur la ligne qui va de l'ombilic à l'épine iliaque antérieure et supérieure.

Les membranes sont intactes. La tête est à la partie supérieure de l'excavation dans une position intermédiaire entre la flexion et la déflexion. La poche des eaux bombe entre la tête et l'orifice utérin dilaté de deux centimètres environ. Les douleurs assez vives se reproduisent de dix en dix minutes. A 5 heures 50 les membranes se rompent spontanément laissant échapper un liquide amniotique normal comme couleur et quantité.

On examine alors la femme et on constate qu'une anse assez longue du cordon fait saillie du côté droit du vagin et en avant. Elle forme un paquet volumineux où l'on perçoit des battements bien frappés. On téléphone à M. Chavane, chef de clinique. Pendant ce temps les battements se sont ralentis et se ralentissent de plus en plus.

La sage-femme de garde essaie de réduire le cordon en le rétropulsant avec deux doigts introduits dans l'utérus. Mais la dilatation qui n'est en ce mo-

ment que 2 centimètres ne permet pas de mener à bien cette manœuvre.

En introduisant trois doigts, ou arrive à dilater l'orifice. De nouvelles tentatives de rétropulsion sont faites sans résultat. Les battements sont de moins en moins fréquents (90 environ) et plus sourds. La partie fœtale est alors soulevée avec trois doigts et très difficilement car elle est fortement engagée. Mais l'orifice s'assouplissant de plus en plus, admet bientôt quatre doigts, puis l'introduction complète de la main, ce qui permet de soulever plus facilement la tête et d'éviter sa pression sur le cordon. Malgré cette manœuvre les battements se font intermittents et très rares, et sont de moins en moins marqués.

Pour sauver l'enfant, on décide de faire la version par manœuvres mixtes :

Pendant que la sage-femme refoule énergiquement la tête, un aide cherche à l'empêcher de s'engager de nouveau en pratiquant une pression au-dessus du pubis.

La main gauche est alors introduite dans le vagin allant à la recherche du pied antérieur qui dans l'espèce est le droit. Mais l'introduction de la main, la saisie du pied et l'évolution sont extrêmement pénibles, car la tête est difficile à refouler. On y parvient pourtant et le pied antérieur est amené à l'orifice vulvaire. Le membre postérieur est assez facilement dégagé. Des tractions amènent une partie du tronc, l'anse est faite au cordon qui n'offre plus que des battements faibles et rares.

L'enfant fait quelques mouvements d'inspiration. Les manœuvres sont continuées après chloroformi-

sation par la sage-femme en chef. Avec de grandes difficultés, elle dégage le bras antérieur qui est fléchi et relevé en arrière de la tête. Le postérieur se dégage plus facilement : il est moins fléchi.

Puis elle fait la manœuvre de Mauriceau et dégage l'enfant qui naît en état de mort apparente. Les battements du cœur sont faibles et rares.

On aspire les mucosités qui encombrant la trachée puis on insuffle et on frictionne énergiquement à l'alcool.

Des bains chauds et froids sont donnés alternativement. Au bout d'une demi-heure de nouveaux battements apparaissent puis cessent encore une fois. On continue les mêmes manœuvres et au bout de 65 minutes, l'enfant pousse de faibles cris. Les fortes tractions qu'il a subies n'ont amené ni fracture, ni luxation. Mais l'attitude de pronation forcée des membres supérieurs, surtout du gauche, l'inertie de celui-ci font croire à une paralysie radiculaire.

L'enfant est bien constitué : Poids 3.300 gr. : Longueur 52 cm.

Les diamètres de la tête fœtale sont de O M = 13,50. O F = 11. S O B = 10. B P = 8,5. B T = 7,8.

La délivrance se fait naturellement 30' après l'accouchement. Les membranes sont complètes, le placenta pèse 590 gr. d'aspect normal, insertion du cordon central.

Ce cordon est très tordu avec des nodosités du volume d'une petite noisette à 20 cm. environ de l'ombilic, il mesure 60 cm. L'enfant est mis en couveuse.

Cet enfant présenta effectivement dans la suite une

paralysie radiculaire typique, des 2 bras, avec convulsions, qui fut soignée par les courants électriques induits et qui seize jours après l'accouchement commençait seulement à être en voie de guérison.

Observation III

(Clinique Tarnier)

La nommée Marie K..., III pare, âgé de 37 ans, femme de ménage a été nourrie au verre et à la cuillère ; elle ignore l'âge auquel elle a marché. Réglée à 18 ans, les règles durent 3 jours, peu abondantes, peu douloureuses, accompagnées de pertes blanches.

1^{re} grossesse en 1887, accouchement spontané à terme le 28 janvier, l'enfant vit encore.

2^e grossesse en 1895, accouchement spontané à terme. L'enfant est mort à 2 mois de faiblesse congénitale.

3^e grossesse (actuelle). D. R., 20 juillet, la grossesse a été normale. Il y a trois semaines la parturiente a consulté une sage-femme qui constatant une présentation vicieuse fit la version par manœuvres externes et fixa la tête en bas au moyen d'un bandage.

Les membranes se rompent spontanément le 3 avril à 9 h. 1/2 du soir. Quelques douleurs dans la journée du 4 avril, décident la femme à entrer le soir à la Clinique.

A l'examen pratiqué à 5 heures, on constate une

présentation du sommet, mobile au détroit supérieur en O I G A.

A l'auscultation les bruits du cœur fœtal sont normaux. Au toucher le col est long, ouvert, ou n'atteint pas la tête fœtale qui est très élevée.

Le promontoire est accessible.

Il y a un aplatissement du bassin assez marqué du côté droit. Epines sciatiques saillantes.

L'urine contient une petite quantité d'albumine.

Un bain est donné à la femme, on lui fait la toilette des organes génitaux et un tamponnement vaginal à la gaze iodoformée.

A 10 heures, elle ressent des douleurs de plus en plus fortes et régulières ; à 10 h. 1/2 elle descend à la salle de travail où l'on constate que la tête s'engage, franchit le détroit supérieur en O I G A. En avant de la tête et en arrière on trouve une anse du cordon, où l'on ne perçoit plus de battements. La femme dit avoir senti remuer son enfant quelques minutes auparavant.

Le col est effacé, la dilatation de 2 cm. Il existe un bourrelet œdémateux au pourtour de l'orifice. Le chef de clinique est prévenu, mais en présence de la dilatation et de l'absence de battements du cordon, on décide de laisser l'accouchement se terminer de lui-même.

La tête s'engage lentement, et la dilatation avance peu. A 4 h. 10 du matin la dilatation est complète, et la tête à la partie inférieure de l'excavation.

La femme fait des efforts d'expulsion, la tête arrive sur le plancher périnéal, fait son mouvement de rotation à l'orifice vulvaire et se dégage par ses diamètres SoB, SoF, SoM.

L'enfant est mort-né, pèse 2650 grammes. Longueur : 49 cm.

Diamètres de la tête : oM = 11, 9 BT = 7, 8.
oF = 11, 2. BP = 8,5 SoB = 9, 2.

Délivrance spontanée.

Poids du placenta : 450 grammes.

Longueur du cordon : 68 cm.

L'examen du placenta n'a rien présenté d'anormal, l'insertion du cordon est normale, la rupture des membranes à peu près au centre. On fait une injection intra-utérine.

N° 1655

Observation IV

Siège complet en D. P. — Procidence du cordon. —
Bassin rétréci.

La nommé J., 1^{er} pare. âgé de 21 ans, femme de chambre. Entre à la clinique Tarnier, le 10 décembre à 7 h. 1/2 du soir, en douleurs.

Sa mère est morte il y a huit ans de suite de couches pathologiques. Elle même est née à terme, ignore l'âge auquel elle a marché, a été réglée régulièrement à 13 ans et demi. Pas de douleurs, pas de leucorrhée. Le père de l'enfant dont elle est enceinte a 25 ans, une mauvaise constitution ; il est très maigre, crache souvent du sang et a des épistaxis.

Grossesse actuelle (1^{re}) D.R. 20-23 février. Pendant les deux premiers mois, vomissements le matin au

réveil. Premiers mouvements actifs du fœtus au commencement de mai (?) Reçue à l'asile Michelet, elle y est restée depuis 3 mois. Le 1^{er} décembre, elle a eu les jambes enflées ; on l'a soumise au régime lacté absolu pendant quatre jours. Elle n'a accusé ni maux de tête ni douleurs au creux épigastrique ni troubles de la vue. De plus, trois semaines avant son entrée à la clinique Tarnier (10 décembre) on avait tenté à l'asile Michelet une version par manœuvres externes qui n'a pas réussi.

Elle arrive à la clinique Tarnier à 7 h. 1/2 du soir le 10 décembre, disant souffrir depuis 3 1/4 d'heure et vers 6 h. 1/2 avoir perdu de l'eau. Douleurs peu intenses toutes les 10 minutes.

Examen général. — Squelette normal, rien du côté du cœur ni des poumons, urine un peu albumineuse, pas d'œdème, ni de varices.

Examen obstétrical. — Fond de l'utérus à 5 travers de doigt de l'appendice xyphoïde ; à l'aire du détroit supérieur, on sent une tumeur irrégulière volumineuse, un peu dépressible qui semble être un siège ; à droite de la ligne médiane, et un peu en avant une résistance très étendue de haut en bas, c'est le dos. Dans l'hypochondre gauche, une autre tumeur arrondie qui ballotte à peine. Les bruits du cœur fœtal bons à droite et au niveau de l'ombilic ; donc SIDA.

Au toucher, face antérieure du sacrum et promontoire accessible. Col complètement effacé, dilatation de 2 cent., membranes rompus. On sent un pied à gauche et à droite de celui-ci un corps de la grosseur du petit doigt, souple à surface lisse et glissante, disposé en anse, de la longueur de 4 à 5 cent., animé de

battements. On pose alors le diagnostic de siège complet en droite, au détroit supérieur avec procidence du cordon. On fait coucher la femme sur le côté gauche afin qu'il y ait moins de compression du cordon et l'on surveille attentivement les battements du cœur fœtal. Ils restent bons et bien frappés.

Jusqu'à 8 h. 55, les bruits du cœur restent bien frappés, l'auscultation est faite toutes les cinq minutes. A 8 h. 55 on fait mettre la femme sur le dos et on pratique le toucher : la dilatation est de 6 cent. On sent les deux pieds et le sillon interfessier parallèle au diamètre oblique droit du bassin ; la tige funiculaire arrive jusqu'à l'orifice vulvaire et ses battements sont faibles et très ralentis. On juge mieux de ne pas aller à la recherche de la crête sacrée et de la pointe du sacrum fœtal, mais de faire mettre plutôt immédiatement la femme dans la première position. Les B. d. C. F. sont à 70 par minute. En attendant l'arrivée du chef de clinique prévenu, la sage-femme de garde introduit la main dans le vagin et refoule la partie engagée au-dessus du détroit supérieur, en prenant le cordon entre deux doigts pour l'empêcher d'être comprimé. 9 h. 15, 9 h. 20, les battements du cordon se font de plus en plus rares. On met alors la femme en travers du lit, on lui donne un peu de chloroforme, et l'on saisit un pied. A ce moment la dilatation est de 8 cent., l'extraction est faite rapidement ; le pied entraîné est le postérieur ; on l'attire en bas, dans la direction de l'axe du bassin, mais aussitôt que le siège s'applique sur le plancher périnéal, le fœtus tourne de droite à gauche et le pied postérieur devient antérieur ; l'autre pied est dégagé, l'ombilic apparaissant

à la vulve on fait l'anse au cordon. Celui-ci ne bat plus. On entoure le tronc du fœtus d'un linge et on exerce des tractions. Les membres supérieurs sont facilement dégagés par la sage-femme qui dégage facilement la tête par la manœuvre de Mauriceau. L'enfant naît en état de mort apparente, le cœur bat faiblement, les mucosités sont enlevées, les B. d. C. F. reviennent alors. M. le chef de clinique arrivant sur ces entrefaites essaie de ranimer l'enfant, en l'insufflant de bouche à bouche et pratiquant la respiration artificielle par les procédés de Schultze et de Sylvester. Pendant la manœuvre de Schultze, on voit sortir du nez quelques gouttes de sang, mêlées à des bulles d'air. On flagelle ensuite l'enfant, on le frotte avec de l'alcool, des linges chauds, on le plonge alternativement dans des bains chauds et froids. Pendant une heure, le fœtus fait de temps à autre des inspirations, son cœur bat toujours. La sage-femme succède au chef de clinique dans ces manœuvres et arrive au bout d'une demie heure à ranimer l'enfant. C'est un garçon pesant 2,600 grammes, il est enveloppé de ouate et mis en couveuse avec de l'oxygène. Pendant la nuit, l'état se maintient grave, gémissements, mouvements convulsifs, mort à 4 h. du matin.

Délivrance faite naturellement, par manœuvres mixtes, dix minutes après l'accouchement. Injection intra-utérine très chaude de 5 litres de solution de sublimé.

Placenta œdématié, pèse 630 grammes. Insertion du cordon sur les membranes à 7 cm. du bord placentaire. Deux gros vaisseaux s'en détachent dont l'un volumineux traverse les membranes d'un côté à l'au-

tre et se partage ensuite sur la masse placentaire, tandis que l'autre moins gros se ramifie directement sur le placenta. Les membranes sont complètes, l'ouverture de l'œuf à environ 5 cm. de l'insertion du cordon.

A l'autopsie de l'enfant pratiquée le 13 décembre, on trouve dans chaque plèvre une cuillerée à soupe de sérosité.

Le cœur pèse 20 gr., les poumons 65 gr. Rate 10 gr. Foie 130 gr. Reins 20 gr. Les poumons n'ont pas respirés ils présentent de nombreuses hémorragies sous-pleurales. A l'ouverture du crâne on constate que la surface des circonvolutions cérébrales est teintée par le sang extravasé. Il n'y a pas de collection sanguine entre le cerveau et la cavité crânienne. Après avoir enlevé le cerveau et le cervelet, on constate qu'il existe une collection assez abondante au niveau de l'apophyse basilaire, cette collection descend dans le canal rachidien.

Diagnostic. — Hémorragie rachidienne, compression du bulbe.

La nommée J. M. . . , couturière, X^e pare, arrive à la Clinique en travail, le 16 février 1899, à 10 h. 50 du matin.

Nourrie au biberon, elle a marché très tard, à 4 ans, dit-elle. Régliée à 17 ans, ses règles sont normales, durent 4 jours environ ; pas de leucorrhée. Elle a eu longtemps mal aux yeux et ne se rappelle pas avoir été autrement malade.

Cette femme a eu neuf grossesses antérieures.

1^{re} grossesse, 1889, accouchée chez une sage-femme, présentation du siège, fille morte pendant l'extraction.

2^e grossesse, janvier 1890, avortement de cinq mois.

3^e grossesse, fin 1890, accouchement chez une sage-femme, présentation du siège, fille morte pendant l'extraction,

4^e grossesse, 1891, accouchement à la Clinique Tarnier, présentation du siège, fille vivante.

5^e grossesse, 1893, accouchement à la Clinique Tarnier, présentation du siège, fille vivante.

6^e grossesse, 1894, accouchement chez elle, présentation du sommet, fille vivante.

7^{me} grossesse 1895. — Accouchement chez elle, présentation du siège, garçon mort-né.

8^{me} grossesse 1896. — Accouchée chez elle, présentation du sommet. Fille vivante.

9^{me} grossesse 1897. — Accouchée chez elle, présentation du siège. Extraction d'un enfant mort.

Le travail a duré 18 heures pour la première grossesse, depuis n'a duré que 1 ou 2 heures.

Nous avons tenu à rappeler toutes ces grossesses antérieures qui font en grande partie l'intérêt de cette observation, nous voyons en effet cette femme dont le bassin est rétréci, avoir sur 9 grossesses, 6

présentations du siège et 5 enfants morts pendant l'extraction.

10^{me} grossesse. — La dixième grossesse est la grossesse actuelle. D. R. : 8 mai. — Rien de particulier à signaler pendant la grossesse. Varices aux membres inférieurs. Premiers mouvements actifs à 5 mois. La parturiente arrive à la salle d'accouchements le 16 février à 10 heures 50 du matin, venant de chez elle.

La dilatation est complète, on trouve un pied à la vulve. Les membranes se sont rompues spontanément à 9 heures du matin.

A l'examen on trouve encore cette fois une présentation du siège en SIGA. B. d. C. F. bons. Urines normales,

Le bassin est rétréci, son diamètre p. s. p. : 10 cent. 2, c'est-à-dire avec réduction 8,7 de pp. m.

L'accouchement se fait spontanément le 16 février à 10 h. 10 du matin. Le moniteur de garde sent le cordon qui forme deux circulaires autour du pied procident, il fait passer ces circulaires successivement par dessus le pied. La sage-femme saisit alors le pied qui se présente, c'est-à-dire le postérieur et tire en bas et en arrière.

Le siège et le pied antérieur se dégagent, on saisit l'enfant par les cuisses, les pouces appliqués sur les hanches et on dégage le tronc, puis les épaules après avoir abaissé successivement chacun des bras.

La tête est extraite dernière par la manœuvre de Mauriceau. L'enfant naît un peu étonné, mais est de suite ranimé.

La durée du travail est ignorée la parturiente

n'ayant ressenti aucune douleur. Le périnée est intact.
A 11 h. 20 délivrance naturelle. Le placenta est entier
et pèse 640 grammes.

Les membranes sont complètes.

Longueur du cordon : 45 centim.

L'enfant, une fille, pèse 3,500 gram. ; à 50 cent.
de long, état général bon.

Diamètres de la tête :

O M = 13	S O B = 9,6	B T. = 7, 7
O F = 10,7	B P = 9,2	— — —

Comme on le voit d'après cette observation, on a
encore eu affaire à une procidence du cordon faite
sur le pied procident comme guide, dans ce cas les
dangers de compression sont moins grands, et l'ac-
couchement ayant été très rapide, l'enfant n'a pas
souffert.

Toutefois le rétrécissement du bassin, doit être,
cette fois encore regardé comme la cause efficiente de
toutes ces présentations du siège et particulièrement,
lors de ce dernier accouchement, de la procidence du
cordon le long du pied procident.

(N° 608)

Observation VI

(Clinique Tarnier)

OID P. Promontoire et face antérieure du sacrum
accessibles. Procubitus du cordon

La nommée P. B. âgée de 32 ans, cuisinière, IV^e part, hospitalisée à la clinique depuis le 24 avril, entre à la salle d'accouchement dans la nuit du 2 au 3 mai.

Cette femme a marché à 11 mois, a été réglée normalement à 11 ans 1/2. Pneumonie en 1893.

1^{re} grossesse (Mars 87). Enfant vivant à terme. Siège décomplété mode des pieds.

2^e grossesse (Février 91). Accouchements prématurés. Présentation du siège transformée en présentation du sommet par une version par manœuvres externes. Enfant mort 24 h. après.

3^e grossesse (Avril 96.) Accouchement à la clinique Tarnier. Enfant vivant à terme. Siège complet.

4^e grossesse (actuelle) D. R. 20-24 juillet. Vomissements pendant tout le cours de la grossesse, varices du membre inférieur droit.

Le 24 avril à l'entrée, on constate une présentation du siège en SIDA ; fœtus très mobile. Par le toucher on sent un pied ; le col est entrouvert, on y pénètre facilement. On atteint le promontoire et la face antérieure du sacrum. Le 2 mai vers 8 h. du soir, elle ressent les premières douleurs. Dans la nuit à 3 heu-

res, elle entre à la salle d'accouchement. A l'examen on constate qu'il y a eu mutation de présentation ; on a actuellement un sommet qui s'engage en O I D P. La dilatation est de 2^m., l'orifice est mince et assez souple. Les membranes sont intactes ; il y a une poche des eaux volumineuse qui dépassant l'orifice du col remplit le vagin.

Pénétrant dans l'orifice pour reconnaître les caractères de la partie fœtale, en déprimant les membranes dans l'intervalle des contractions, le doigt arrive sur un petit corps rond qui ballotte dans le liquide, animé de battements, c'est donc une anse de cordon placée au-devant de la tête. Plus en arrière et à gauche vers la symphyse sacro-iliaque et un peu vers le promontoire on sent également un petit amas de cordon. La parturiente est couchée sur le côté droit, l'auscultation pratiquée attentivement. Les B D C F, restent bons, les contractions sont énergiques et assez rapprochées.

A 6 h. 20, les B D C F sont moins fréquents, mais réguliers. Pratiquant le toucher, on constate que la dilatation est presque complète. A 6 h. 1/2 dilatation complète, on rompt la poche des eaux, la parturiente pousse, la tête accomplit son mouvement de rotation en appuyant sur le plancher périnéal. Avec de l'expression, l'accouchement se termine rapidement, l'enfant crie aussitôt ; il naît avec le cordon en écharpe autour du tronc.

Poids 3100 grammes.

A 7 h. la délivrance est faite naturellement par méthode mixte.

Placenta et membranes sont complets.

Longueur du cordon 65 cent. insertion maginale.
Diamètre P S P. = 11 cent.

La femme quitte la clinique en bon état ainsi que son enfant qui pèse 3180 gram., 12 jours après l'accouchement.

N° 1073.

Observation VII

(Clinique Tarnier)

Présentation du siège complet dans un bassin vicié. —
Procidence du cordon.

La parturiente T. A., âgée de 30 ans, brocheuse, IV^e part, entre à la salle d'accouchements le 2^o juillet à 10 heures du soir. Son père et sa mère sont morts, l'un à 31, l'autre à 34 ans, d'affections pulmonaires.

Elle même a marché à 9 mois, a eu la variole à 2 ans, la rougeole à 4 ans, la dyphtérie à 9 ans.

Les règles se sont établies à 13 ans sans difficulté; depuis les menstrues ont toujours été régulières, s'accompagnant parfois de leucorrhée plus ou moins abondante.

1^{re} grossesse en 1890, très pénible; la femme dut rester alitée 7 mois pour la mener à terme. L'enfant se présentait par le sommet, mais à cause du rétrécissement du bassin on dut terminer par une application de forceps.

L'enfant, du sexe masculin, mourut au bout de 23 jours d'enterocolite.

2^e grossesse en 1892, se termine par l'expulsion d'un enfant mort-né, se présentant par le siège. L'enfant serait mort pendant la manœuvre de Mauriceau, qui aurait été particulièrement longue et pénible, car les deux bras étaient relevés au-dessus de la tête et on aurait été obligé de les fracturer pour les abaisser.

La malade accouche pour la 3^e fois en 1895, à la Charité. M. le Professeur Budin provoqua l'accouchement au moyen du ballon et de l'écarteur Tarnier. L'enfant se présentait par le sommet. La tête ne pouvant passer, on dût terminer l'accouchement par une basiotripsie.

4^e grossesse (actuelle) D. R. : 9 octobre 1897. — La grossesse s'est poursuivie régulièrement et normalement, sans incident. Le 29 juillet, à 6 heures du soir, la parturiente perd les eaux en grande quantité. Elle arrive à la clinique Tarnier à 10 heures du soir, elle est immédiatement reçue à la salle de travail.

Au palper on perçoit la tête fœtale qui ballote dans le flanc droit et se dessine nettement pendant la contraction utérine. Le sillon du cou se trouve à 3 ou 4 travers de doigt à droite de la ligne médiane et au niveau de l'ombilic. Le dos s'étend en écharpe de droite à gauche et regarde en avant ; le siège occupe une position assez élevée au-dessus de la fosse iliaque gauche.

On trouve le maximum des bruits du cœur sur la ligne médiane, un peu au-dessous de l'ombilic.

Au toucher : col incomplètement effacé, dilatable comme 2 francs ; on ne sent pas le siège, mais un

pied dont le talon regarde à gauche et en avant. De plus, en avant et à droite, on reconnaît une anse de cordon. Donc S I G A, avec procidence du cordon. — L'exploration du bassin montre qu'il est rétréci d'avant en arrière, promontoire accessible et diamètre p. s. p. = 40 cm. 5.

A 2 h. 1/2 du matin, M. Dubrisay réussit à abaisser le pied postérieur. A ce moment la dilatation = 5 cm., on ne sent plus l'anse du cordon. De 2 à 7 heures du matin, les douleurs sont moins fréquentes et moins fortes, la dilatation ne fait pas de progrès. A 9 heures du matin le col est dilaté de 6 cm. et complètement dilaté à 11 heures du matin. A 11 h. 1/2 le moniteur de garde abaisse le pied gauche et extrait l'enfant en tirant sur les deux pieds pendant les contractions. L'anse est faite au cordon, le tronc est extrait et la tête dégagée par la manœuvre de Mauriceau sans lésion du périnée.

L'enfant de sexe masculin naît en état de mort apparente. L'aspiration des mucosités qui encombraient sa trachée et des frictions à l'alcool le raniment rapidement.

Il pèse 2300 grammes ; mesure 48 cm.

Diamètre de la tête ;

O M = 13 cm B P = 9 cm

O F = 11 cm

S O B = 9.5 cm B T = 7 cm

Délivrance naturelle et complète à 12 h. 10. Le placenta pèse 390 gr. Suites de couches normales.

(N° 828)

Observation VIII

(Clinique Tarnier)

Bassin Rétréci ; Procubitus du cordon ; Version
podalique

La nommée J. P. 28 ans, ménagère, III pare entre le 16 Juin 1898, à la Clinique Tarnier.

Elle a commencé à marcher à 1 ans, mais fit une chute à cet âge qui l'obligea à garder l'immobilité jusqu'à 2 ans 1/2 époque à laquelle elle recommença à marcher : Elle aurait eu, dit-elle, une fracture du bassin dont on ne peut trouver aucune trace. Quand la menstruation s'établit à 16 ans, elle s'accompagna d'une impotence absolue des membres inférieurs ayant duré 15 jours. Depuis les menstrues ont été normales. Pas de leucorrhée, Pleurésie droite en avril 1897 qui fut ponctionnée, on recueillit un litre de sérosité claire. 1^{re} grossesse : Juin 1895. Accouchement normal. Enfant vivant 4000 grammes mort d'entérite à 5 mois.

2^e grossesse, février 1897, accouchement normal enfant vivant 3.500 gr. mort à 3 mois, en nourrice, de suites de la rougeole.

3^e grossesse (actuelle) D. R. 14, 17 septembre. Elle perçut les premiers mouvements actifs dans les premiers jours de janvier.

Elle entre à la clinique le 16 juin 1898. L'urine

est légèrement albumineuse. L'enfant se présente par le sommet en G. A. La tête mobile fuit dans la fosse iliaque droite, B. C. F. bons, promontoire accessible à 10 cm. 8.

Premières douleurs à 4 heures du matin le 16 juin, entrée à la salle de travail à 8 heures. Le col est en voie d'effacement. Les douleurs et les contractions utérines faibles et espacées jusqu'à 4 heures de l'après-midi, deviennent plus fortes et plus régulières à partir de ce moment. A 8 heures 40 la dilatation est complète. Le sommet se présente toujours mobile en G. A. On sent au toucher un paquet de cordon sous les membranes, en avant de la tête.

M. Dubrisay, après examen, ayant recueilli l'avis de M. Budin, décide la version.

Après cathétérisme de la vessie, toilette vulvaire, injection vaginale, la femme est mise en position obstétricale et chloroformée.

M. Dubrisay introduit la main gauche dans le vagin, attend une contraction et au moment où celle-ci se produit, rompt les membranes en laissant la main en place pour éviter la sortie en masse du liquide amniotique qui paraît être très abondant. Il a dans la main un paquet de cordon. La contraction ayant cessé, la main droite est placée sur le fond de l'utérus et la main gauche suivant le plan abdominal du fœtus va à la recherche du pied antérieur qu'elle saisit et attire au dehors sans difficultés. Une partie du liquide s'écoule légèrement teintée de méconium. Un lac est placé sur le pied attiré. Une contraction utérine survenant aussitôt, M. Dubrisay en profite pour exercer des tractions sur le pied droit et déga-

ger le pied gauche, puis saisissant les deux cuisses à pleines mains, les pouces sur les fesses, la hanche antérieure étant dans la symphise, il dégage la hanche postérieure, puis l'antérieure, puis le tronc : à ce moment le fœtus expulse de l'urine et du meconium.

Les épaules arrivent à la vulve ; à ce moment le bras postérieur est dégagé en « faisant moucher le fœtus » et de même le bras antérieur. La tête est extraite par la manœuvre de Champetier de Ribes, afin de la fléchir au maximum et de l'engager par son diamètre bitemporal dans ce bassin rétréci.

Elle franchit le détroit supérieur en transverse, est ramené en O P par un mouvement de rotation et extraite par la manœuvre de Mauriceau.

La femme se réveille. L'enfant naît étonné à 8 h, 50. On aspire les mucosités qui encombrent le larynx et la respiration ne tarde pas à s'établir sous l'influence de légères frictions à l'alcool. C'est un garçon du poids de 3800 grammes, mesurant 50 cm.

Diamètres de la tête :

$$\begin{array}{lll} \text{O M} = 13 \text{ cm. } & \text{O F} = 11,4 & \text{B T} = 7,7 \\ \text{S O B} = 9,7 & \text{B P} = 9 & \end{array}$$

La délivrance se fait naturelle et complète. Poids du placenta, 570 grammes. Longueur du cordon : 75 cm.

La délivrance est suivie d'une injection intra-utérine de sublimé tiède.

Le périnée de la femme présente une légère déchirure de la fourchette sur laquelle on applique deux serre-fines.

Suites de couches apyrétiques et normales.

La mère et l'enfant quittent la Clinique en bon état le 28 juin.

Nous avons tenu à rapporter en détail les huit observations recueillies à la Clinique de la rue d'Assas, car elles sont pour nous une source précieuse d'éléments que nous aurons à classer dans les chapitres suivants quand nous parlerons de la pathogénie, des symptômes, du diagnostic et du traitement.

Les observations suivantes recueillies dans le service de M. le professeur agrégé Maygrier à Lariboisière dans le cours des années 1895, 1896, 1897, et à la Charité en 1898 et 1899, seront rapportées plus succinctement pour éviter des répétitions inutiles et des longueurs qui nuiraient au développement des autres chapitres de ce travail.

(N° 120)

Observation IX

(Service de M. Maygrier à Lariboisière)

La femme M... entre le 25 janvier 1895 à 4 h. 55 du soir à la salle de travail. 36 ans, III-pare, a eu 2 grossesses antérieures à terme.

Réglée à 15 ans, régulièrement pendant 8 jours.

D.R. Mai 1894, à terme :

SIGA. Promontoire accessible.

L'accouchement a lieu le 27 janvier à 5 h. 5 du soir. Rupture artificielle des membranes à 5 h. Procidence du cordon. Extraction d'une fille vivante, 4,210 grammes. Délivrance naturelle et complète à 5 h. 50 du soir.

Poids du placenta : 760 gr.

Cordon long : 73 cent.

Durée du travail : 9 h. 5. Mère et enfant sortis en bon état le 3 février 1895.

(N° 747)

Observation X

(Service de M. Maygrier à Lariboisière)

La femme G..., 26 ans, IV-pare, entre le 10 septembre 1895, trois grossesses antérieures à terme, présentations du sommet, accouchements spontanés.

Réglée à 14 ans régulièrement pendant 3 jours.

D. R. 18 décembre 1894 : à terme.

Accouchement le 10 septembre à 1 h. 5 Présentation de l'épaule droite en A. I. G. Procidence du cordon. Membranes rompues en ville, 13 h. 5 avant l'accouchement.

Bassin rétréci, PSP : 11,2

Version podalique pratiquée par M. Maygrier.

Délivrance artificielle : Poids du placenta : 440 grammes ; longueur du cordon : 40 centimètres.

Garçon né en état de mort apparente, ranimé 15 minutes après l'accouchement, pesant 3110 gr.

Durée du travail 25 h. 5 m. Mère et enfant sortis en bon état le 21 septembre.

(N° 802)

Observation XI

(Maternité de Lariboisière)

La nommée M. 20 ans, 11 pare, entre le 38 septembre 1895.

Réglée à 15 ans, irrégulièrement durant 3 à 4 jours.

Un accouchement antérieur, spontané à terme.

D. R. 28-31 janvier 1895, terme 8 m. 1/2. Accouchement à 1 h. 20 du soir le 30 septembre.

Epaule droite en A i G. procidence du cordon.

Angle sacro-vertébral accessible.

Version podalique par M. le Dr Schwab. Extraction d'un enfant vivant pesant 2.400 grammes.

Délivrance naturelle et complète 30 minutes après l'accouchement.

Poids du placenta : 450 grammes ; longueur du cordon : 46 centimètres.

Durée du travail : 32 heures 15 minutes.

Mère et enfant sortis en bon état sur la demande le 6 octobre 1895.

(N° 10.16 bis) **Observation XII**

(Maternité de Lariboisière)

La femme L..., 31 ans, IX^e pare, entre le 30 novembre 1895.

Réglée à 13 ans régulièrement durant 7 à 8 jours.

8 grossesses antérieures à terme, 6 sommets ;
1 siège ; 1 face.

IX^e grossesse (actuelle). Date des D. R. inconnue, semble être à terme.

Présentation du sommet en G. avec procidence d'une main et du cordon.

Bassin rétréci P. S. P. ; 10,4.

Version podalique par M. Maygrier. Extraction à 10 h. d'un garçon du poids de 3.250 grammes, né étonné et ranimé.

Délivrance naturelle et complète 10 minutes après l'accouchement.

Poids du placenta : 520 grammes ; longueur du cordon : 36 centimètres.

Durée du travail : 22 h. Mère et enfant sortis en bon état le 15 décembre.

(N° 246) **Observation XIII**

(Maternité de Lariboisière)

La nommée C 23 ans, 1 pare, entre le 9 mars 1896.

Réglée à 16 ans régulièrement durant 3 à 4 jours.

D. R. du 20 au 25 mai 1895 à terme.

Présentation de l'épaule gauche en A i G. pro-
cidence du cordon.

Bassin rétréci, P S P : 10 cent.

Version podalique à 6 h. 5 par M. le Damany.

Extraction d'un garçon mort né du poids de
3120 grammes.

Délivrance naturelle et complète 5' après l'accou-
chement.

Poids du placenta : 550 grammes ; longueur du
cordon : 70 centimètres.

Mère sortie en bon état le 19 mars.

(N° 418)

Observation XIV

(Maternité de Larboisière)

La femme B..., 25 ans, III pare, entre le 18 avril
1896. Réglée à 13 ans régulièrement pendant 3 à 4
jours.

2 grossesses à terme, accouchements spontanés.

Grossesse actuelle (3^e). D. R. 22 au 28 août 1895,
le terme est donc de 8 mois. Bassin rétréci, promon-
toire accessible.

Grossesse gémellaire.— A 9 heures 15, premier
accouchement (siège décomplété mode des fesses),
filie vivante du poids de 2150 grammes.

2^e accouchement sommet avec procidence du cordon.

Version podalique par M. le Damany. Extraction d'un garçon vivant pesant 2000 gram.

Délivrance naturelle et complète 5' après l'accouchement.

Placenta unique : 850 grammes.

Longueur des cordons, le premier : 37 centim.

— — — — — , le deuxième : 42 centim.

Durée du travail 6 h. 15. Rupture des membranes 20 min avant l'accouchement.

(N^o 481)

Observation XV

(Maternité de Lariboisière)

5 mai 1896. — La femme C..., 35 ans, multipare.
4 enfants à terme, accouchement spontané.

Bassin rétréci. — Diamètre P s. P, 10 5.

Réglée ? D. R. ?

5 mai à 11 h. 15 du soir, forceps Crouzat sans résultat.

Version par M. Maygrier.

Sommet en G. A. procidence du cordon. Garçon en état de mort apparente, il est ranimé et pèse 3400.

Délivrance naturelle complète 15 min. après. Le placenta pèse 650.

Le cordon mesure 58 cent.

Durée du travail 5 h. 30.

Rupture des membranes 2 h. 45 avant la version.

Desvaux

4

(N° 761)

Observation XVI

17 juillet. — La femme P..., 22 ans, 1 paré.

Bassin petit.

Réglée à 13 ans régulièrement durée 5 à 6 jours.

D. R. ? 8 mois 1/2 environ.

Epaule G. en A. I. D. Procidence du cordon.

Version par manœuvres externes.

Enfant mort pendant le travail.

On pose un ballon de Champetier.

Accouchement spontané à 9 h. du soir.

Durée du travail 35 heures.

Membranes rompues en ville 31 heures avant l'accouchement.

Garçon mort-né pèsent 2.570 grammes.

Delivrance naturelle et complète 5 minutes après.

Placenta pèse 500 grammes.

Cordon mesure 42 centimètres.

(N° 1042)

Observation XVII

13 décembre 1896. — La femme X..., 39 ans
4 paré :

3 à terme, dont 2 forceps et 1 spontané.

Angle accessible.

Réglée à 12 ans régulièrement, durée 4 à 5 jours.

DR. 25 au 28 mars. A terme OIGA.

Arrivée avec procidence du cordon.

Les battements du cœur sont ralentis, on réduit le cordon, le cœur redevient normal.

Forceps dans l'excavation par M. Monod après 2 heures de dilatation complète.

Garçon ranimé 3.360 grammes.

Délivrance artificielle pour hémorragie 15 minutes après l'accouchement.

Placenta pèse 550 grammes.

Cordon mesure 45 centimètres.

Durée du travail 6 heures 30 minutes.

Rupture des membranes 20 heures 30 minutes avant l'accouchement.

(N° 194)

Observation XVIII

18 février 1897. — La femme Z... 22 ans, 11 paré, 1 à terme spontané.

Angle accessible.

Réglée à 15 ans irrégulièrement, durée 2 jours D. R ? 9 mois.

A midi version par M^{lle} Hiernard pour procubitus du cordon, sommet en O i D.

Garçon vivant 3.300 grammes.

Délivrance naturelle et complète 20 minutes après.

Placenta pèse 550 grammes.

Cordon mesure 52 centimètres.

Travail 12 heures 25.

Rupture artificielles des membranes,

(N^b 1045)

Observation XIX

1^{er} octobre 1899. — La femme A..., 32 ans.

Angle accessible; 4 pare.

Réglée à 12 ans régulièrement.

D. R. 24 janvier 1897, 8 mois environ.

A 1 heure 80 du matin version pour épaule D en A i D ; procidence du cordon.

Fille née en état syncopal, ranimée pèse 2860.

Délivrance naturelle complète 30' minutes après.

Placenta pèse 610 grammes.

Cordon mesure 38 centimètres.

Durée du travail 9 heures.

Rupture des membranes 8 h. 30 avant l'accouchement.

(N^o 100)

Observation XX

15 octobre 99. — La nommée D..., 28 ans, II pare. Bassin retréci, diamètre P. s P = 10, 8, Réglée à 17 ans, régulièrement, durée 3 jours.

D. R. 6 au 10 janvier 99 = 9 mois.

Le 16 octobre à 8 h. 45 du matin. Version par M. Demelin pour latérocidence du cordon.

Présentation en G. Tr.

Garçon mort pendant le travail pesant 3.820 gr.

Délivrance spontanée avec le fœtus, placenta pèse 490 gr.

Cordon mesure 45 cent.

Durée du travail 15 h. 45.

Rupture spontanée des membranes 2 h. 45, avant l'accouchement.

(N° 12)

Observation XXI

5 janvier 98. -- La nommée B..., 35 ans, VIII pare. Bassin retréci, P. S. P., mesure 11,4. Régulée à 13 ans, régulièrement durée 5 à 6 jours. D. R. 22 mars = 9 mois.

A 11 h. 55 du matin, version par M. Herrens-
chmitt pour procidence du cordon.

Présentation du sommet en G. T.

Enfant mort pendant le travail, une fille pesant 3.800 gr.

Délivrance spontanée 15 min. après.

Placenta pèse 850 gr.

Cordon mesure 90 cent.

Le travail a duré 7 h. 50'.

Les membranes rompues spontanément 10 min.
avant l'accouchement.

(N° 252.)

Observation XXII

(Maternité de la Charité)

La femme K..., 32 ans, VI pare :

4 à terme ; 1 avant terme.

Réglée à ?

Entrée à la Charité le 12 juin 1898.

D. R. 29 août 1897 : grossesse à terme *angle accessible*.

Le 12 juin, à 3 h. 50' soir, version par manœuvres internes par Mlle Hiernard pour procidence du cordon avec sommet non engagé.

Memb. rompues artificiellement pour l'intervention.

Durée du travail ?

Déliv. nat. et compl. 20' après.

Placenta 610.

Cordon 57.

Fille née étonnée, ranimée, pesant 3,380 gr.

Mère et enfant sortis en bon état sur demande, le 12 juin 1898.

(N° 253.)

Observation XXIII

(Maternité de la Charité)

La femme L..., 33 ans, IV pare :

Trois grossesses antérieures à terme.

Réglée à 15 ans, rég. 5 à 6 j.

D. R. ? *Angle acc., sacrum redressé.*

Terme, 8 m. 1/2.

Entrée le 8 juin 1893 (à midi 45') à la Charité.

Version par manœuv. int. par M. Maygrier pour
procubitus du cordon avec sommet en D. T.

Garçon 2,630, né étonné, ranimé.

Déliv. naturelle 1 h. 10 soir.

Placenta 410.

Cordon 54.

Rupture des memb. artificielle.

Durée du travail, 12 h. 15'.

Hémorragie post. partum., injection de sérum,
600 grammes.

Mère et enfant sortis en bon état, le 2^e juin 1898.

(N° 54.)

Observation XXIV

(Maternité de la Charité)

La femme R..., 33 ans, V pare :

2 à terme ; 2 avant terme.

Entrée le 16 janv. à 11 heures (matin) à la Charité.

Réglée à 15 ans régulièrement pendant 5 jours.

D. R., 28 avril au 2 mai 1898.

Terme 8 m. 1/2.

Bassin angle accessible, p. s. p., 10,3.

Acc. provoqué. Ecarteur Tarnier.

Procidence du cordon à gauche, sommet G. T.

20 janv., à 7 h. 5, soir, forceps au dét. sup., lent-
teur du travail et ralent. des bruits du cœur.

Garçon mort pendant le travail, 3,080 gr.

Delivrance naturelle à 7 h. 35' soir, complète, pla-
centa, 600 grammes.

Cordon 70 cm.

Mère sortie en bon état, 2 fév. 1899.

CHAPITRE V

Symptôme et Diagnostic

Quand la présentation reste arrêtée au détroit supérieur ce qui arrive le plus souvent dans les bassins rétrécis, le col met parfois longtemps à se dilater ; et souvent on se trouve en présence de ces cols mous, dilatables, sur lesquels la présentation n'appuie pas, au travers lesquels le doigt est forcé de pénétrer avec précaution pour reconnaître la partie fœtale. D'autres fois la poche des eaux est volumineuse hémisphérique ou piriforme et fait saillie dans le vagin, tendue pendant les contractions, mais flasque dans leur intervalle. C'est au milieu de ces parties molles et flasques, col et membranes, que le doigt exercé au toucher devra reconnaître le procubitus du cordon. On sentira un petit corps mou mais élastique rond, peu volumineux sous forme d'anse simple ou de paquet plus ou moins considérable animé de

battements isochrones au pouls fœtal. et ballottant à l'intérieur de la poche des eaux.

Ce sera surtout dans le cas où le fœtus est mort et où les battements auront disparu que le toucher devra être minutieux, pratiqué, avec soin dans l'intervalle des contractions pour éviter de transformer en procidence le procubitus existant déjà.

On évitera de confondre le cordon avec des replis des membranes ou du col, avec des inégalités existant à la surface des membranes épaissies, avec des ramifications artérielles à la surface des membranes dans les cas d'insertion vélamenteuse, qui, nous l'avons vu, prédispose au procubitus et à la procidence (Obs. de Benckicker). Dans une de nos observations (obs. IV) on put voir ainsi le cordon procident se ramifier en 2 gros vaisseaux s'insérant sur les membranes à 7 cm du bord placentaire.

Des varices volumineuses du col du genre de celles étudiées par M. Budin dans sa thèse d'agrégation pourront aussi prêter à l'erreur. Pour l'éviter, le doigt devra suivre tous les contours de ces corps anormaux et en apprécier les connexions : Seule la pratique du toucher peut d'ailleurs assurer l'exactitude du diagnostic.

Si les membranes sont rompues et que la procidence soit constituée, le cordon peut pendre hors de la vulve et sera dès lors facilement reconnu, ou rester dans le vagin. Là, palpé avec deux ou trois doigts, il

trahira sans peine sa présence. A la vue, s'il est rose et même bleuâtre, cyanosé, ferme, animé de battements, le fœtus sera vivant, s'il est mou, froid, flétri, verdâtre, inerte, le fœtus aura très probablement succombé. En somme, le diagnostic est simple et nous doutons qu'on puisse faire souvent l'erreur grossière rapportée par Burnes, de cet accoucheur, qui, au cours d'une intervention prit pour une anse de cordon prolabé, une anse intestinale maternelle qu'il se mit à dévider. Une anse intestinale du fœtus, en cas d'éventration, prêterait plus facilement à l'erreur.

Tels sont, rapidement énumérés, les signes par lesquels se révèle la procidence du cordon, au toucher et à l'inspection de la vulve. Mais il en est d'autres encore qui peuvent mettre sur la voie du diagnostic, et qui seuls, bien souvent, dans le cas de latérocidence, peuvent renseigner l'accoucheur. Ce sont les signes de souffrance accusés par le fœtus.

A l'auscultation les bruits du cœur fœtal deviendront sourds, précipités d'abord, puis ralentis, irréguliers, imperceptibles, parfois l'enfant sera agité de mouvements convulsifs, et souvent on verra le méconium s'écouler à la vulve et teindre les eaux en vert, si les membranes sont rompues.

On pourra dès lors soupçonner la complication et le toucher pratiqué avec soin viendra affirmer le diagnostic. M. Budin aime à citer dans ses cliniques,

à ce propos, un cas fort intéressant dont il fut témoin. Au cours d'une période de dilatation le fœtus donnant des signes de souffrance, il parvint avec deux doigts à refouler la tête, et put sentir une anse de cordon latéro-cidentale comprimée entre la tête et les parois pelviennes. Chaque fois qu'il laissait la tête retomber dans le bassin et comprimer l'anse de cordon, les bruits du cœur devenaient faibles et irréguliers ; aussi, dut-il soutenir la tête fœtale avec deux doigts de longues heures jusqu'à dilatation complète, et, épuisé de fatigue, recourir alors à son collègue M. Maygrier pour extraire l'enfant en toute hâte par une application de forceps.

La procidence reconnue, le toucher pratiqué avec un ou deux doigts en arrière de l'anse prolapsée nous renseignera, si ce n'est pas déjà fait sur la forme et la capacité du bassin rétréci, nous montrera la hauteur du promontoire et son degré de saillie, en un mot nous donnera à la fois la raison de la procidence et les indications de l'intervention pour la combattre.

CHAPITRE VI

Pronostic

D'une façon générale, le pronostic de la procidence et du procubitus qui le plus souvent n'est que le premier acte de la procidence, est indifférent pour la mère, mais fatal pour l'enfant. Capuron attribuait la mort à l'action du froid sur le cordon prolabé ; les expériences de Fontaine montrèrent que seule la compression par la partie fœtale contre les parois osseuses du bassin des vaisseaux contenus dans le cordon, et par suite l'asphyxie étaient causes de la mort du fœtus. Un enfant ne peut guère vivre plus de 10 à 15 minutes avec un cordon comprimé, aussi les statistiques sont-elles fort sombres : 220 enfants morts sur 355 cas (Churchill) ; 19 enfants morts sur 29 cas (Statistique de la Maternité) ; 55 sur 100 (Hubert de Louvain) ; 34 sur 100 (Tarnier).

Il est facile à prévoir que dans les cas de rétrécissement du bassin, le diagnostic sera encore assombri, car la tête en s'amorçant fortement pendant les contractions exercera une compression plus serrée

sur le cordon. Il est vrai, d'autre part, que dans l'intervalle des contractions, il sera plus facile de refouler la partie fœtale non engagée et de libérer le cordon, mais l'excavation restant libre, la procidence se reproduira fatalement. De plus, l'intervention d'urgence, version avec manœuvre de Champetier de Ribes ou forceps au Déroit supérieur, sera rendue plus longue et plus laborieuse par le fait du rétrécissement pelvien et l'enfant aura plus de chances d'être extrait moins vite.

Enfin dans ces cas, la dilatation est longue à se faire et l'intervention est encore retardée par là-même. Toutefois la statistique des 25 cas que nous relatons est loin d'être aussi mauvaise que les précédentes, car sur ces 25 cas de procidence ou procubitus dans des bassins rétrécis, nous n'avons que 8 enfants morts nés et l'on put sauver 17 enfants (2 jumeaux dans un cas), c'est-à-dire plus des 2/3.

Peut-être, il est vrai, doit-on attribuer ce succès relatif à l'habileté des opérateurs et à la conduite décidée que nous exposerons plus loin et qu'ils ont suivie. Au reste, presque tous ces enfants naquirent en état de mort apparente et durent être ranimés.

Ainsi, même avec un bassin vicié, on peut par un traitement approprié, pratiqué sans hésitation espérer d'avoir un enfant vivant. C'est là un point capital et c'est à l'étude de ce traitement que nous consacrerons notre dernier chapitre.

CHAPITRE VII

Traitement. — Choix de l'intervention

C'est quand on étudie la longue série des procédés de toutes sortes employés par les accoucheurs pour réduire la procidence du cordon qu'on se convainc de la vérité de cette parole de Boer, cité par Maygrier : c'est là un véritable travail des Danaïdes. Rien de plus ingrat, de plus infructueux, que cette tâche en effet ; l'anse refoulée soit avec les doigts, soit avec les instruments multiples inventés à cet effet retombe à mesure qu'on la repousse et la mort du fœtus survient le plus souvent au cours de ces manipulations.

Si les membranes sont intactes et qu'on ait par suite affaire à un procubitus, il faut, conseillent Hüter et Michaëlis refouler le cordon avec deux doigts au travers des membranes et les rompre aussitôt après. La partie fœtale en s'adaptant dans l'excavation viendra fermer la place au cordon. Ce procédé applicable

aux cas où l'hydramnios est cause de la procidence, que nous vaudra-t-il dans les cas qui nous occupent, où le bassin est rétréci et n'admet pas la présentation ?

Ces mêmes auteurs couchent la parturiente dans le decubitus dorsal, bassin élevé.

Hubert de Louvain conseille au contraire de la mettre sur le côté opposé à la procidence : peu importe la position de la femme si son bassin est vicié et que la tête mobile laisse l'excavation libre à la chute du cordon.

Si les membranes sont rompues, et que la procidence soit constituée, on se trouve alors en face d'une multitude de moyens dont Schuré dans sa remarquable thèse sur la position génu-pectorale nous donne une longue énumération

Mauriceau refoule l'anse prolabée avec les doigts portion par portion puis introduit un linge bien doux entre la tête et le cordon pour l'empêcher de retomber.

Siebold, Hopkins, font de même, mais remplacent le linge par une éponge.

Puis viennent les instruments, les refouleurs, les rétropulseurs, la tige de baleine d'Overdrop, tige garnie de cuir après lequel on cousait le cordon et qu'on abandonnait dans l'utérus, le lac au bout de la fourche de Van Eckardt, la béquille de Burton, la baleine échancrée d'Améline, le porton cordon à anneau brisé de Guillou, l'appareil d'Hubert de Louvain. L'ins-

trument plus complexe de Schöller, etc., etc. L'un des procédés que nous avons vu le plus souvent employer dans les hôpitaux et qui nous semble le plus simple et le meilleur est encore celui de la sonde imaginé par Dudan, préconisé par Champion et Michaëlis, qu'on se serve ou non d'un mandrin pour fixer l'anse de fil qui retient le cordon, et qu'on laisse la sonde dans l'utérus avec le cordon refoulé, ou qu'on la retire.

Quant à la position à donner à la parturiente, la plupart des auteurs préconisent les avantages de la position genu pectorale dans laquelle la paroi antérieure de l'utérus forme un plan incliné sur lequel glisse le cordon en vertu de son propre poids (Plag-fair, Fochier de Lyon, Shure).

Théobald conseille même la position idéale tête en bas et à son défaut la position genu-pectorale.

Et même dans les cas où le bassin est rétréci, cette position peut faciliter la réduction, on pourra toujours la faire prendre pendant la période de dilatation pour éviter la chute du cordon vers le segment inférieur, lors des contractions, et au moment de la dilatation complète, si l'on veut rompre artificiellement les membranes, pour prévenir la procidence.

Plusieurs auteurs Ensor, et William Warren, Potter, Campbell, Nøgelé rapportent avoir ainsi obtenu des succès.

M. Maygrier conseille aussi la position genu-

pectorale et le procédé de la sonde de Dudan qui permet de retirer la sonde, réduction faite.

Si la présentation n'est pas engagée, il conseille comme traitement prophylactique de ramener par des manœuvres externes la tête au détroit supérieur et de l'y maintenir par une ceinture ou un bandage.

L'emploi de ces divers procédés a donné des résultats variables. Bien que M^{me} La Chapelle accuse sur 16 cas, 14 succès et Michaëlis sur 29 cas 27 succès, on eut parfois à déplorer la mort de fœtus à la suite de ces manœuvres souvent répétées quelque fois infructueuses.

On ne peut vraisemblablement trop s'attarder à vouloir refouler le cordon prolabé dans les bassins rétrécis, alors que le fœtus souffre, que le travail est interminable, que la compression de la tige funiculaire peut d'un instant à l'autre être définitive.

Les battements du cœur deviennent irréguliers et sourds, le méconium s'écoule, l'enfant va mourir, il faut agir vite, si la chose est possible.

Aussi conseillerons-nous la conduite suivie souvent par nos maîtres et qui fut tenue dans la plupart des cas que nous rapportons, soit par eux-mêmes, soit par leurs élèves.

Si la dilatation n'est pas complète, mais que le col soit souple, la terminer promptement, de préférence par la manœuvre bimanuelle de M. Bonnaire,

tout en refoulant la présentation et le cordon pour prévenir les dangers de la compression.

Si les membranes sont intactes (procubitus) ou les rompra avec précaution, à la dilatation complète tout en maintenant la main dans le vagin pour soutenir le cordon et régler l'écoulement du liquide amniotique.

Enfin l'on extraira le plus rapidement possible le fœtus en danger.

Si l'on a affaire à une présentation du sommet, avec bassin de diamètre ps. p. dans les 8 1/2 à 10, le forceps, appliqué au détroit supérieur, avec la prise oblique pariéto-frontale du professeur Budin, pourra si la tête est malléable donner de gros succès.

Si le bassin est asymétrique et qu'une des fosses iliaques soit assez vaste pour admettre l'occiput, la version podalique avec manœuvre de Champetier de Ribes, aura bien des chances de réussir.

Si l'enfant se présente par le siège, la tête dernière sera extraite de même dans ces bassins rétrécis, et le plus rapidement possible par la même manœuvre de Champetier.

Enfin, si l'on se trouve en présence d'une épaule avec bras procident ou non, la version est seule indiquée et sera terminée par la manœuvre de Champetier.

Bref ne pas perdre son temps en manœuvres inutiles pour refouler le cordon, agir vite, et extraire l'enfant sans retard, telle est la conduite qui garantira le succès et grâce à laquelle nous n'avons eu que 8

enfants morts-nés sur les 25 qui ont été mis au moule dans les accouchements si laborieux que nous rapportons.

CONCLUSIONS

Arrivés au terme de cette étude, nous nous croyons en droit de proposer les conclusions suivantes :

I. — Les viciations pelviennes et principalement les rétrécissements du détroit supérieur du bassin sont une des causes les plus fréquentes du procubitus et de la procidence du cordon. Elles peuvent aussi dans des cas plus rares produire la variété décrite sous le nom de latérocidence (Budin).

Fréquence (Statistique de la Clinique Tarnier 9 sur 18 procidences).

II. — Cette cause en empêchant l'engagement de la présentation et en favorisant les présentations vicieuses qui s'adoptent mal au segment inférieur.

III. — La longueur excessive du cordon est la cause adjuvante la plus commune.

IV. — Cet accident se produit presque toujours pendant le travail, souvent pendant la période de dilatation (procubitus) mais le plus souvent au moment

de la rupture des membranes, soit spontanément, soit à l'occasion d'un toucher ou d'une tentative de réduction.

V. — Le pronostic est grave, la mort par asphyxie du fœtus se produit dans $\frac{1}{3}$ des cas au moins. Elle est due à la compression du cordon entre les parois osseuses du bassin et la présentation.

VI. — On ne doit pas perdre un temps précieux à tenter de refouler le cordon procident.

Compléter aussi rapidement que possible la dilatation.

Extraire sans retard le fœtus soit par une application de forceps, soit par la version, d'après les indications, telle est la conduite à tenir pour sauver l'enfant dans ces cas difficiles.

Vu : Le Président de la thèse,
BUDIN.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

La Chapelle. — Grand mémoire, 1821.

Schuré. — Procidence du cordon. Thèse de Strasbourg, 1835.

Jacquemier. — Manuel d'accouchements, 1846.

Tarnier. — Article cordon du Dr Jaccoud, 1868.

Depaul. — Clinique obstétricale, 1872, p. 577.

Braxton-Hicks. — De la réduction du cordon prolabé. Obst. générale, III, p. 84, 1873.

Matthews Duncan. — Expression du cordon, fév. 1879, vol. 21, p. 305.

Budin. — Des lésions traumatiques chez les femmes enceintes, p. 115.

Maygrier. — Deux cas de procidence du cordon ombilical survenus en dehors du travail. Progrès médical, 11 juin 1887.

Gallois. — Mort du fœtus par procidence du cordon. Nouvelles Arch. d'Obst., 1894, p. 415.

Jamin. — Position gènu-pectorale pour la réduction du cordon. Th. de Lyon, 1896.

Budin. — Des latérocidences du cordon: Femmes en couches et nouveaux-nés, p. 197.

Triaire. — Procidence du cordon. Gazette médicale du Centre, juillet 1897.

Litzmann. — Urber die Behandlung der Geburt bei engem Bechen. In. Samml Klin. Vortr. Leipzig, 1875, n° 90, Gynäkol. n° 30, 695, 722.

— Die Geburt bei engem Becken, nach eigenem Beobachtungen und untersuchungen. 1. p. 4 X, 738 pp. Leipzig, Breitkopf u. Härtel, 1884.

